

しんきん 心筋シンチグラム同意書

心筋シンチグラム(=心筋シンチ)とは心臓に特異的に取り込まれるように標識された放射性同位元素 (radioisotope; RI) を用いて行う検査です。心臓に血液を送り込む血管 (冠動脈) に狭窄部位がある場合、心臓に負担をかけると十分な血液を送り込むことができず、虚血を生じます。そうした虚血の有無を調べる検査が心筋シンチ検査です。負荷心筋シンチにより 90%は虚血性心疾患を診断できます。

負荷の方法

当院では実際に運動して頂く、トレッドミル負荷心筋シンチと薬剤を用いた、ペルサンチン負荷心筋シンチを行っています。

可能な限りトレッドミル負荷を行って頂くようにしていますが、足が不自由で十分な運動負荷ができない場合はペルサンチン負荷を行って頂きます。

いずれも心筋虚血を誘発する検査なので、検査中、非常に危険な虚血性心疾患や不整脈を起こす可能性があります。当然のことですが医師、看護師が緊急時に備えております。しかし検査の性質上、非常に稀ではありますが致命的な状態に至る可能性もありますのでその点は十分御理解のうえ、検査を受けられることをお願い申し上げます。

① トレッドミル負荷心筋シンチ

トレッドミルとは自由にスピードと傾斜を調節することができるベルトコンベアです。心電図と血圧計をつけた状態でその上を歩いて頂きます。

患者様の状態に合わせてスピードと傾斜を徐々に厳しくしていき、心臓に負担をかけていきます。

心電図、血圧などを見ながら、十分な負荷をかけることができたとき医師が判断した時点で終了します。



十分な負荷がかからないと正しい診断ができないので、できる限り頑張ってください。足がついていかず転倒すると非常に危険ですので、そうした場合は早めにお知らせください。

② ペルサンチン（ジピリダモール）負荷心筋シンチ

ペルサンチンは血管拡張をきたす静脈注射薬です。正常な冠動脈はペルサンチンにて、冠血流量が3～4倍に増加しますが、有意狭窄がある場合はその部位への冠血流は増加せず、狭窄のない流れやすい部位へ流れてしまい、相対的に血液が少ない状態（虚血）になります。その原理を利用し、冠動脈に虚血をきたす病変があるかどうか調べる検査です。

【禁忌】

ペルサンチンアレルギー

気管支喘息

キサンチン製剤（テオドール等の気管支喘息の薬）内服中

【ペルサンチンの副作用】

胸痛 20%、頭痛 12%、めまい 12%、不整脈 5%、嘔気 5%、発赤 3%、頻脈 3%、呼吸困難 3%、高血圧 2%

検査の流れ

地下1階の核医学検査室で行います。トレッドミル、もしくはペルサンチンで心筋の虚血を誘発した状態で点滴ルートより RI を投与します。

投与する RI はテクネシウム、もしくはタリウムです。いずれもごく少量の放射線しか出さないため体にはほとんど影響ありません。

RI が心臓に十分取り込まれたところでガンマカメラという微量な放射線を検出し、画像化する撮影装置の中に入ります。撮影時間は約10分間です。これで午前の検査は終了です。

午後からは心臓を安静にした状態での検査を行います。（トレッドミルやペルサ

ンチンの負荷は行いません)

タリウムの場合は午後になっても体内に残っているため再投与する必要はなく、そのままガンマカメラで撮影します。

テクネシウムは速やかに体内から消失するため、もう一度テクネシウムを投与してから撮影を行います。

撮影が終了した時点で検査は全て終了です。

検査結果は当日の夕方には判明します。

循環器科全員で負荷時（午前のフィルム）と安静時（午後のフィルム）を見比べて診断します。

皆様には入院中であれば、当日もしくは翌日結果を報告致します。

外来で検査を受けられた場合は後日、再受診して頂いた時に結果を報告致します。



心筋シンチグラムの同意書

私たちが、湘南鎌倉総合病院心臓センター循環器科は患者さんの基本的な権利を守り、ご家族ともども安心して安全な治療・検査をお受け頂くことを最も大切に考えております。この基本方針を実践するために、患者さんが受けられる検査・治療の前に、患者さんが私どもよりその内容、意義、考えられる合併症について十分な説明とご理解を受けられることを何よりも重要と考えていますし、必要です。この検査および治療に関して、十分にご納得されたならば、以下の署名欄にご署名の上、担当医師にお渡し頂きたく存じます。本同意書ご提出後であっても、検査・治療の実施までいかなる時にもご同意をご撤回されることは自由であります。そしてそのご撤回によって、それ以降のあなたさまに対する診療に関して、本検査・治療をお受けにならないことにより被る可能性のある以外のいかなる不利益を受けられることはありません。

私は医師([説明医師の署名が必要])より、病名()あるいはその疑いに対して心筋シンチグラムの必要性、その検査の結果生じると考えられる利益と不利益、あるいは危険性、そして合併症等についての説明を受けました。疑問点については医師からの説明を受け納得しました。

上記を了承の上で、心筋シンチグラムを受けることを承諾するとともに、緊急の際には担当医の適切な判断にゆだねることを承諾いたします。

平成 年 月 日

患者様住所

患者様氏名

印

代理人様住所

代理人様氏名

印

